

Schadenanzeige – Dienstfahrtenkasko

LKV Landesverbands-Kleingartenversicherungsservice GmbH
Mittelstr. 12-14 Haus B
50672 Köln
Fon: 0221 2924 555 0
schaden@lkv-service.de



Bitte reichen Sie die Schadenanzeige vollständig ausgefüllt und unterzeichnet über den Verein und Verband ein.

VOM VEREIN AUSZUFÜLLEN

Ansprechpartner*in im Verein / Kontaktdaten:

Namen des Vereins:		Ansprechpartner:	Telefon:
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amtl. Kennzeichen:	Versicherungsbeginn:	Beitrag entrichtet?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____	
Ort, Datum:		Unterschrift der / des Vereinsbeauftragte*n:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

VOM LANDESVERBAND AUSZUFÜLLEN:

Landesverband:	Stempel des Landesverbandes:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VON DER FAHRERIN / DEM FAHRER AUSZUFÜLLEN

1. Angaben zum Fahrzeug

Name des Halters:	Erstzulassung:	Anschaffungsdatum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrzeughersteller:	Fahrzeugart und -typ:	Fahrgestellnummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KW (PS):	Kaufpreis in EUR:	Gesamtleistung des Kfz in km:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schadenanzeige – Dienstfahrtenkasko



2. Angaben zur Fahrerin / zum Fahrer

Wer lenkte das Fahrzeug zum Schadenzeitpunkt?

Name:	<input type="text"/>	Anschrift:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Telefonnummer:	<input type="text"/>
Führerschein gültig:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Alkoholeinfluss / Rauschmittel:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		Unfallflucht:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde eine Blutprobe entnommen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis der BAK _____‰ <input type="checkbox"/> nicht bekannt	Fuhr die lenkende Person mit dem Einverständnis der Halterin / des Halters?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

3. Angaben zum Schaden

Wann und wo war der Schaden?

Datum / Uhrzeit:	<input type="text"/>	Schadenort:	<input type="text"/>
------------------	----------------------	-------------	----------------------

Ausführliche und detaillierte Schilderung des Schadenhergangs (evtl. Skizze beifügen):

Zweck / Ziel der Fahrt:

4. Sind Zeugen vorhanden?

	Name:	Anschrift:	Kontaktdaten (Mailadresse, Telefon):	Insasse im eigenen Fahrzeug ja / nein:
Zeug*in 1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeug*in 2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeug*in 3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5. Weitere Beteiligte (ggf. auf gesonderten Blatt ergänzen)

Name:	<input type="text"/>	Anschrift:	<input type="text"/>
-------	----------------------	------------	----------------------

Bei Beteiligung als Fahrzeugführer*in

Amtliches Kennzeichen:	<input type="text"/>	Hersteller und Fahrzeugtyp:	<input type="text"/>
------------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------



Bei sonstiger Beteiligung

Fußgänger*in Fahrradfahrer*in Sonstiges , als: _____

6. Angaben zum Fahrzeugschaden

Welche Fahrzeugteile sind beschädigt worden und welcher Art sind die Beschädigungen?

Wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?

Telefonnummer:

Anschrift Besichtigungsort:

Hatte das Fahrzeug schon früher Beschädigungen?

Ja Nein

Reparaturkosten in Euro:

Waren z. Zt. des Unfalls noch nicht beseitigte Schäden am Kfz?

Ja Nein

ggf. wo?

Sind Sie für das beschädigte Kfz vorsteuerabzugsberechtigt?

Ja Nein teilweise: _____ %

Haben Sie eine Schutzbriefversicherung?

Ja Nein

Bei welcher Versicherung?

Versicherungsnummer:

7. Bei welcher Versicherungsgesellschaft ist Ihr Fahrzeug Haftpflicht/Kasko versichert?

Name:

Teil- / Vollkasko:

mit _____ Selbstbeteiligung

Versicherungsschein-Nr.:

Ist der Schaden dort gemeldet worden?

Nein Ja, Schadennummer dort: _____

8. Gebietsfremde

Falls Sie innerhalb der letzten sechs Monate Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland hatten oder zu einer der folgenden Berufsgruppen zählen, bitten wir um Mitteilung, da wir gemäß § 26 Außenwirtschaftsgesetz (AWG) in Verbindung mit §§ 59 ff. der Außenwirtschaftsverordnung (AWV) verpflichtet sind, Zahlungen an gebietsfremde Personen an die Deutsche Bundesbank zu melden.
Berufsgruppen: ausländische Studenten, Diplomaten, Armeeangehörige (ausgenommen Bundeswehr) sowie deren Familienmitglieder.

ja, ich bin gebietsfremd.

Sofern an dieser Stelle von Ihnen keine Angaben gemacht wurden, gehen wir davon aus, dass Sie gebietsansässig sind.



9. Bankverbindung für Entschädigungszahlung

Bankverbindung: Name des Geldinstituts

Kontoninhaber:

IBAN:

BIC:

10. Erklärung der Pächterin / des Pächters und der Fahrerin / des Fahrers

Es besteht die vertragliche Obliegenheit uns alle Auskünfte zu erteilen und Belege zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht sowie zur Aufklärung des Tatbestands erforderlich sind. Vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachte Angaben können zur Kürzung der Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens führen. Dies gilt nicht, soweit Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Für die Richtigkeit der Antworten übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die alleinige Verantwortung.

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die Janitos Versicherung AG zum Zwecke der Schadenbearbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende Belehrung selbst gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum:

Unterschrift der Halterin / des Halters:

Ort, Datum:

Unterschrift der Fahrerin / des Fahrers: